

УДК 618.19-089.87

ЗАСОБИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК З ПОСТМАСТЕКТОМІЧНИМ СИНДРОМОМ [У СТРУКТУРІ ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВАНОЇ ПРОГРАМИ НА РАННЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ЕТАПІ]

Тетяна ОДИНЕЦЬ*Запорізький національний університет, м. Запоріжжя, Україна, e-mail: puchlik@mail.ru*

Анотація. Найчастішим наслідком лікування раку молочної залози є постмастектомічний синдром, що поєднує в собі функціональні порушення з боку різних систем. Мета – визначити засоби фізичної реабілітації, що спрямовані на корекцію ранніх ознак постмастектомічного синдрому в жінок на ранньому післяопераційному етапі. До дослідження залучено 50 жінок з постмастектомічним синдромом на стаціонарному етапі реабілітації. Для подолання ранніх ознак постмастектомічного синдрому застосовували статичні й динамічні дихальні вправи, пасивні й активні фізичні вправи, лімфатичний масаж і самомасаж, лікувальні положення, маніпуляційні втручання (дихання через стулені губи, кероване відкашлювання, аутогенний дренаж, мануальний тиск, мануальну вібрацію), вправи на розслаблення та аутотренінг.

Ключові слова: реабілітація, засоби, жінки, постмастектомічний синдром.

**СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН
С ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКИМ
СИНДРОМОМ В СТРУКТУРЕ
ПРОБЛЕМНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ
ПРОГРАММЫ НА РАННЕМ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ЭТАПЕ**

Татьяна ОДИНЕЦ*Запорожский национальный университет,
г. Запорожье, Украина, e-mail: puchlik@mail.ru*

Аннотация. Частым следствием лечения рака молочной железы является постмастэктомический синдром, объединяющий в себе функциональные нарушения со стороны различных систем. Цель – определить средства физической реабилитации, направленные на коррекцию ранних признаков постмастэктомического синдрома у женщин на раннем послеоперационном этапе. В исследовании приняло участие 50 женщин с постмастэктомическим синдромом на стационарном этапе реабилитации. Для преодоления ранних признаков постмастэктомического синдрома применяли статические и динамические дыхательные упражнения, пассивные и активные физические упражнения, лимфатический массаж и самомассаж, лечебные положения, манипуляционные вмешательства (дыхание через сомкнутые губы, управляемое откашливание, аутогенный дренаж, мануальное давление, мануальная вибрация), упражнения на расслабление и аутотренинг.

Ключевые слова: реабилитация, средства, женщины, постмастэктомический синдром.

**EXERCISES
OF REHABILITATION OF WOMEN
WITH POSTMASTECTOMY SYNDROME
IN THE STRUCTURE
OF PROBLEM-ORIENTED PROGRAM
AT EARLY POSTOPERATIVE STAGE**

Tetiana ODYNETS*Zaporizhzhya National University, Zaporizhzhya,
Ukraine, e-mail: puchlik@mail.ru*

Abstract. A frequent consequence of the treatment of breast cancer is postmastectomy syndrome that combines the functional disorders of the various systems. Objective: to identify the means of physical rehabilitation aimed to correcting the early signs of postmastectomy syndrome in women at early postoperative stage. The study involved 50 women with the postmastectomy syndrome at the hospital stage of rehabilitation. To overcome early signs postmastectomy syndrome it used: static and dynamic breathing exercises, passive and active exercises, lymphatic massage and self-massage, therapeutic provisions, manipulative interventions (breathing through closed lips, controlled coughing, autogenic drainage, manual pressure, manual vibration), relaxation exercise and autotraining.

Keywords: rehabilitation, exercises, women, post-mastectomy syndrome.

Постановка проблеми. Побічні ефекти лікування раку молочної залози виявляються не тільки у виникненні косметичних дефектів, а й у фізичних, функціональних та психоемоційних порушеннях [2, 9], що детермінує необхідність раннього початку занять фізичною реабілітацією.

Постмастектомічний синдром відзначається значною варіабельністю симптомів, які виникають у різні часові терміни лікування раку молочної залози: ранні його ознаки мають пе-

реважно посттравматичний характер та виникають після хірургічного втручання [5], пізні – зумовлені застосуванням комплексної чи комбінованої терапії та характеризуються контрактурою плечового суглоба, лімфостазом, плекситом, больовим синдромом, порушенням чутливості, вегетативно-трофічними розладами верхньої кінцівки, що суттєво впливають на якість життя жінок [3].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Обране дослідження виконано відповідно до Зведеного плану науково-дослідної роботи у сфері фізичної культури та спорту на 2011–2015 рр. за темою 4.2 «Фізична реабілітація неповносправних з порушеннями діяльності опорно-рухового апарату» (номер державної реєстрації 0111U006467).

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Провідні рандомізовані дослідження доводять доцільність раннього виявлення та постійного моніторингу проявів постмастектомічного синдрому для вчасного подолання негативних функціональних розладів з боку різних систем [6, 8, 9]. Однак у дослідженнях переважає орієнтація на медичну складову реабілітації, розробку сучасних схем медикаментозного забезпечення, впровадження реконструктивно-пластичних операцій та пошук оптимальних заходів щодо психокорекції психічного стану жінок [1, 2, 3], на жаль, не приділено достатньо уваги засобам фізичної реабілітації пацієнток з постмастектомічним синдромом.

Таким чином, постає актуальне питання визначення засобів фізичної реабілітації, спрямованих на зменшення чи профілактику ранніх ознак постмастектомічного синдрому.

Мета дослідження – визначити засоби фізичної реабілітації, що спрямовані на корекцію ранніх ознак постмастектомічного синдрому в жінок на стаціонарному етапі реабілітації.

Матеріал і методи дослідження: теоретичний аналіз даних науково-методичної літератури та всесвітньої інформаційної мережі Інтернет; індукція, зіставлення. Дослідження проводилося на базі Запорізького обласного онкологічного диспансеру, в якому взяло участь 50 жінок з ранніми ознаками постмастектомічного синдрому, що перенесли радикальну мастектомію за Мадденом з приводу раку молочної залози та перебували на стаціонарному етапі реабілітації; вік досліджуваних – $55,44 \pm 1,26$ року.

Результати дослідження та їх обговорення. Загалом стаціонарний етап реабілітації передбачав індивідуальні заняття та поділявся на передопераційний (з моменту надходження хворої в стаціонар), ранній та пізній післяопераційний, відповідно до яких було виокремлено завдання, засоби та методи реабілітації з урахуванням протипоказань та застережень, які переважно стосувалися амплітуди руху, силових та функціональних навантажень. Завданнями раннього післяопераційного етапу (1–4 доба) є такі: профілактика застійних явищ у легенях; поліпшення психоемоційного стану; профілактика ранніх постмастектомічних ускладнень; навчання прийомів самообслуговування та переміщень; навчання прийомів лімфатичного самомасажу.

Основними засобами для вирішення зазначених завдань були статичні і динамічні дихальні вправи, пасивні й активні фізичні вправи, лімфатичний масаж та самомасаж, лікувальні положення, маніпуляційні втручання (дихання через стулені губи, кероване відкашлювання, аутогенний дренаж, мануальний тиск, мануальна вібрація), вправи на розслаблення та ауто-тренінг, що були спрямовані на подолання окремих проблем у жінок, що виникають після оперативного втручання.

Після проведення оперативного втручання важливим моментом у реабілітації є також профілактика вторинних ускладнень: пневмоній, контрактур, порушень функцій сечовидільної та кардіореспіраторної систем. Дихальні вправи в ранньому післяопераційному періоді застосовувалися для поліпшення функції зовнішнього дихання, профілактики застійних явищ у легенях, збільшення рухливості діафрагми і грудної клітки, видалення ексудату, мобілізації легеневої вентиляції, активізації кровообігу, зменшення задишки, зміцнення м'язів, що беруть участь в акті дихання та навчання методики довільного керування диханням. Статичні дихальні вправи були спрямовані на дотримання поглибленого, ритмічного дихання, яке виконували без рухів рук, ніг чи тулуба, а також сприяло тренуванню різних типів дихання (ключичне, грудне, діафрагмальне) та поєднанню їх в єдиний акт повного дихання.

Діафрагмальний тип дихання був основним типом після оперативного втручання, у зв'язку з обмеженням екскурсії грудної клітки внаслідок оперативного втручання. Розподіл вправ за фазами дихання сприяв тонізувальному, або релаксаційному, ефекту. Дихальні вправи, які виконували з подовженим видихом, сприяли розслабленню напружених м'язів, знижували больові відчуття та мали заспокійливий ефект. Через довільне керування всіма фазами дихального циклу досягали рівномірного дихання та потрібного співвідношення між фазами вдиху і видиху, а також необхідної глибини дихання.

Звукові вправи дихальної гімнастики диференційовано добирали за якісними (промова окремих звуків) та кількісними (тривалістю виконання) параметрами і застосовували переважно у жінок, що мали обструктивні порушення. Для звукової гімнастики характерні такі особливості дихання: вдих через ніс (2–3 с), пауза (1 с), активний видих через рот (4–6 с), пауза (4–6 с). Під час виконання потрібно намагатися, щоб видих був удвічі довшим за вдих, однак на початку занять співвідношення вдиху до видиху становить 1:1.

Маніпуляційні втручання використовували для поліпшення легеневої вентиляції, профілактики гіпостатичних явищ та зменшення задишки. Серед них у ранньому післяопераційному періоді застосовували дихання через стулені губи, кероване відкашлювання, аутогенний дренаж, мануальний тиск, мануальну вібрацію, стискання. Дихання через стулені губи виконували залежно від стану пацієнтки (у положенні сидячи чи лежачи), у якому робили неглибокий вдих, потім складали губи трубочкою та повільно видихали. Такий тип маніпуляційних втручань застосовували самостійно та в поєднанні з фізичними вправами для зняття задишки.

Кероване відкашлювання спрямоване на безболісне видалення секрету з дихальних шляхів. Його виконували у вихідному положенні пацієнта лежачи на боці чи сидячи, дещо нахиливши голову вперед для сприяння відкашлюванню, а руки розташовували поблизу шкірного розрізу для забезпечення безпеки і відсутності дискомфортичних відчуттів.

Аутогенний дренаж використовували з метою видалення ексудату, шляхом самостійних зусиль пацієнта, що підвищувало його самооцінку та незалежність. Мануальний тиск сприяв збільшенню рухливості та еластичності грудної клітки, зняттю больових симптомів та проявів задишки. У вихідному положенні пацієнта лежачи, реабілітолог розташовував руки на певній ділянці грудної клітки і на видиху помірно тиснув на неї впродовж 10–15 с. Мануальна вібрація була спрямована на вивільнення мокротиння та збільшення амплітуди руху грудної клітки. Вібрація створюється потряхуванням грудної клітки рукою реабілітолога під час видиху [4].

Для зменшення больових відчуттів у ділянці плеча та верхньої кінцівки застосовували пасивні та активні коливальні рухи в рамках першого та другого ступеня наявної амплітуди рухів у суглобах з частотою 2–3 рухи за одну секунду за методикою Джеймса Сіріакса в положенні лежачи чи сидячи [7]. Амплітуду наявного руху умовно приймають за 100 %, перший ступінь передбачав виконання малоамплітудних рухів у межах 15 % від наявної амплітуди у 2–3 підходи по 10 секунд з паузою відпочинку 15–20 секунд. Другий ступінь передбачав виконання великоамплітудних рухів у діапазоні 15–50 % до середини наявної амплітуди руху, 2–3 підходи по 20–30 секунд через 30 секунд відпочинку. Обов'язково виконували чергування таких вправ з дихальними та вправами на розслаблення для зняття м'язового напруження.

Для профілактики набряку з метою поліпшення відтоку венозної крові і лімфи в перші години після пробудження від наркозу та надалі укладали верхню кінцівку пацієнтки на елеваційну подушку з відведенням плеча на кут 30–40° від грудної клітки. У такому положенні виконували стискання–розтискання пальців руки в кулак; розводили долоню пружними рухами у бік мізинця, а потім зводили до великого пальця; послідовно стискали пальці від мізинця до великого; згинали–розгинали кисть у променезап'ястковому суглобі. Виконання вправ чергували з легкими коливальними рухами верхньою кінцівкою для зняття напруження м'язів. Вправу повторювали по 8–10 разів 4–6 разів на день у повільному темпі.

Для збільшення амплітуди руху в плечовому суглобі на цьому етапі реабілітації доцільно використовувати активні вправи з розгойдуванням, вправи з допомогою здорової кінцівки. При проведенні цих вправ використовують вагу тієї чи іншої частини кінцівки й

інерцію, що виникає при маятникоподібному розгойдуванні. Вправи з розгойдуванням у плечовому суглобі проводять поступово збільшуючи обсяг, щоб досягти піднімання кінцівки з боку операції до горизонтального рівня.

Для збільшення амплітуди виконували активні рухи за третім і четвертим ступенями згідно з методикою, запропонованою Джеймсом Сіріаксом [7]. Використовуючи вправи на розтягування м'язів, керувалися принципом впливу на м'язи «скорочення–розслаблення–розтягування», сутність якого полягає в тому, що м'язи попередньо піддають невеликому статичному напруженню на 3–4 с, після чого вони розслабляються і статично розтягуються впродовж 10–15 с, після чого цикл рухів повторюють.

З перших днів після оперативного втручання розпочинали навчання переміщення для ранньої мобілізації пацієнтки та її незалежності в самообслуговуванні. Послідовність навчання рухових дій жінок була такою: поворот у ліжку вліво/вправо на здоровий бік, перехід з положення лежачи на спині в положення сидячи (з допомогою / без допомоги), перехід з положення лежачи на спині в положення сидячи з опущеними ногами, перехід з положення сидячи в положення стоячи. Навчання жінок основних прийомів переміщення здійснювали за допомогою методу показу техніки та зосередження уваги на найбільш типових помилках під час виконання. Навчання техніки переміщення передбачало перевертання з боку на бік, вставання з ліжка через здорову та прооперовану сторону, а також лягання.

Методи застосування окремих засобів фізичної реабілітації добирали індивідуально для кожної пацієнтки залежно від поставленого завдання, а дозування та корекцію навантаження здійснювали відповідно до чинників, які обмежують фізичне навантаження в жінок з постмастектомічним синдромом.

Висновок. Унаслідок проведеного оперативного втручання у жінок, хворих на рак молочної залози, виникає низка побічних ефектів, для успішного подолання яких застосовували статичні й динамічні дихальні вправи, пасивні й активні фізичні вправи, лімфатичний масаж та самомасаж, лікувальні положення, маніпуляційні втручання (дихання через стулені губи, кероване відкашлювання, аутогенний дренаж, мануальний тиск, мануальну вібрацію), вправи на розслаблення та аутотренінг.

Перспективи подальших досліджень передбачають визначення ефективності засобів проблемно-орієнтованої фізичної реабілітації на поліпшення функціонального стану вегетативної нервової системи жінок з постмастектомічним синдромом.

Список літератури

1. Архипова И. В. Групповая психотерапия в психосоциальной реабилитации женщин с диагнозом рака молочной железы / И. В. Архипова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 2. – С. 109–111.
2. Березанцев А. Ю. Психопатологические и клиничко-психологические аспекты психосоциальной реабилитации женщин с раком молочной железы / А. Ю. Березанцев, Л. И. Монасыпова, С. В. Стражев // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2010. – № 7. – С. 52–59.
3. Віннік Ю. О. Ускладнення комбінованого лікування раку грудної залози / Ю. О. Віннік, Т. В. Ткачук, Ю. С. Ельсаєд // Семейная медицина. – № 3. – 2012. – С. 130–133.
4. Івасик Н. О. Фізична реабілітація при порушенні діяльності органів дихання : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. фізкультурного профілю / Н. О. Івасик. – Львів : Укр. бестселер, 2009. – 192 с.
5. Ковальчук А. П. Ранні та пізні післяопераційні ускладнення при лікуванні раку молочної залози (огляд літератури) / А. П. Ковальчук, І. Ф. Хурані // Вісник морфології. – 2009. – Т. 15 (2). – С. 484–486.
6. Стражев С. В. Необходимость специфической реабилитации больных раком молочной железы, получающих антиэстрогенную терапию / С. В. Стражев // Вестник восстановительной медицины. – 2010. – № 4. – С. 69–74.

7. Magee D. Ortopedic Physical Assesment / D. Magee. – Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1997. – 655 p.
8. Role of physiotherapy and patient education in lymphedema control following breast cancer surgery / Lu SR, Hong RB, Chou W, Hsiao PC // Ther Clin Risk Manag. – 2015. – Vol. 11. – R. 319–327.
9. Upper limb lymphedema after breast cancer treatment / H. Ben Salah, M. Bahri, B. Jbali [et al.] // J. Cancer Radiother. – 2012. – Vol. 16 (2). – P. 123–127.

Стаття надійшла до редколегії 16.11.2015

Прийнята до друку 24.12.2015

Підписана до друку 30.12.2015